

Title	第29回 京滋乳癌研究会
Author(s)	
Citation	日本外科宝函 (1996), 65(2): 84-95
Issue Date	1996-05-01
URL	http://hdl.handle.net/2433/203555
Right	
Type	Others
Textversion	publisher

第29回 京滋乳癌研究会

日 時：平成7年2月18日（土）

場 所：京都国際ホテル

世 話 人：京都第一赤十字病院 外科 伊志嶺玄公、李 哲柱

1) US による乳管内進展の評価

京都第二赤十字病院 外科

藤井 宏二、竹中 温
徳田 一、岩田 安司
井川 理、加藤 誠
高橋 滋、泉 浩
松繁 洋

京都第二赤十字病院 病理科

加藤 元一

【目的】腫瘍の辺縁エコー像がより不整なものに、乳管内進展陽性例が多い傾向にある。今回は、腫瘍のUS像を計測して、USによる管内進展のより客観的な評価が可能か、検討した。

【方法】管内進展陽性例22例、陰性66例にUSを行い、辺縁不整像の指標として境界エコー像の幅を計測した。

【結果】①管内進展陽性例では、腫瘍径として計測できたものは13例で、うち12例が、境界エコー像の最大幅は4mm以上であった。腫瘍像が認識できなかったのは6例であった。②管内進展陰性で辺縁エコー像が比較的整の30例では、境界エコー像が4mm以上あったのは、2例のみであった。③管内進展陰性で辺縁エコー像不整の35例では、境界エコー像4mm以上は16例あった。

【まとめ】①辺縁不整の指標として、境界エコー像（最大幅）の計測は有用と思われた。②境界エコー像が4mm以上あったうち、管内進展陽性は12例、陰性は16例であった。

2) 切除に全身麻酔を要した片側性巨大女性化乳房の1例

京都第一赤十字病院 外科

長谷川 均、李 哲柱
山田 義明、川田 雅俊
松下 努、木村 修
上島 康生、塩飽 保博
牧野 弘之、池田 栄人
武藤 文隆、栗岡 英明
大内 孝雄、伊志嶺玄公
安住 修三

約10年の病悩期間を経て、徐々に片側性に巨大化した女性化乳房の1例を経験したので、報告する。

【症例】23歳、男性。約10年前の中学生時代から両側の乳房が腫大してきた。小児科で女性化乳房と診断され、経過観察されていた。20歳近くなり左は消失、右のみが残存し、巨大化、目立ってきた。常用薬物の既往なし。副腎、精巣腫瘍なし。今回美容上の目的にて来院した。直径10cmと大きいため、全身麻酔下で右乳腺摘出術施行。病理組織は乳腺組織だった。新生児期、思春期の両側性女性化乳房は生理的に見られるが、片側のみ残存し、10年以上経過するのは、文献的にもほとんど報告を見ない。若干の文献的検討を加えて報告する。

3) 死体腎移植の前後にわたり、診断に苦慮した乳癌の1例

京都府立医科大学 第2外科

吉村 了勇, 金城 信雄

濱島 高志, 中井 一郎

安村 忠樹, 岡 隆宏

京都府立医科大学 臨床病理

杉原 洋行, 土橋 康成

今回、透析導入前に乳腺腫瘍を核出し、病理診断を待たずに腎機能悪化のため透析導入となり、その後死体腎移植を施行した症例を経験した。死体腎移植後、腎機能は良好で、免疫抑制剤は CsA 100 mg、Az 50 mg、Mz 75 mg、PSL 7.5 mg にてコントロールは良好であったが、移植後1年半後に同側異所性に乳腺腫瘍の再発をみた。透析導入以前に核出した腫瘍の病理診断は乳頭線癌を強く疑うものであったが、患者が診断を中断したため放置した形となっていた。今回の腫瘍は病理学的には局所的に悪性を伴う管内性乳頭腫の所見であった。腎移植後であり免疫抑制剤を服用していることも踏まえ、非定型乳房切断術を施工した。現在乳腺腫瘍の再発もなく、免疫抑制剤の減量もせず腎機能も良好に維持されている。

4) 乳腺のアポクリン癌の1症例

京都府立医科大学 第1病理

平井 栄美, 寺内 邦彦

浦田 洋二

京都第一赤十字病院 外科

李 哲柱

京都第一赤十字病院 検査部病理

島田 信男

乳腺でのアポクリン癌の発生は比較的稀であり、その頻度は乳癌全体の0.1%であるといわれている。我々は、このアポクリン癌を経験したので報告する。
【症例】69歳、女性。平成4年頃より左乳房腫瘍を自覚していたが放置していた。平成6年7月左乳房腫瘍が急激に増大したため、京都第一赤十字病院外科外来を受診した。初診時、C-A領域に約4cmの結節状のやや硬い腫瘍を触れた。細胞診にてclassV、試験切除生検にてアポクリン癌と診断され、左乳房切除術を試行した。

【肉眼所見】大きさ42×50×25mmの白色の硬い線維性腫瘍を認めた。

【組織所見】嚢胞状に拡張した乳管内に上皮が乳頭状に増殖していた。大型円柱状の腫瘍細胞は細胞質に好酸性の顆粒を持ち、腺腔側にsnoutsを伴う細胞も散見された。また一部で、好酸性の泡沫状の細胞質を持ったhistiocytoidな腫瘍細胞の充実性の増生が、間質あるいは少数の乳管でみられた。以上の所見より、apocrine carcinomaと診断した。

5) 菌状息肉症に合併した乳癌の1例

天理よろづ相談所病院 腹部一般外科

成田 雅, 西村 理

武田 博士

天理よろづ相談所病院 放射線科

村上 昌雄, 黒田 康正

天理よろづ相談所病院 研究所

小橋陽一郎, 弓場 吉哲

【症例】57歳、女性。

【家族歴】特記事項なし

【既往歴】平成元年に当院皮膚科で菌状息肉症（腫瘍期）と診断された。化学療法と全身電子線照射を受け、ほぼ完全寛解を得た。平成2年、右頬部に局所再発し化学療法を受けた。

【現病歴】平成6年10月、右乳房の腫瘍に気づく。当院皮膚科から腹部一般外科に紹介され、吸引細胞診で乳癌と診断された。

【入院時現症】全身の皮膚に色素沈着と脱出を認める。右乳房E領域を中心に、径5cmの腫瘍を触知したがリンパ節は触知しなかった。術前の検索で、菌状息肉症の再発、乳癌の遠隔転移を示唆する所見はなかった。

【手術】平成6年11月8日、右乳房切断術（Br+Ax）を施行した。

【病理組織学的所見】浸潤性乳管癌（硬癌）で、鎖骨下リンパ節に転移を認めた。皮膚に異型リンパ球は認めなかった。

【エストロゲンレセプター】250 fmol/mg

【術後経過】手術合併症、皮膚病変の増悪なく、経口の化学内分泌療法を開始し退院した。菌状息肉症と悪性疾患の合併につき、文献的考察を加えて報告する。

6) 乳腺葉状腫瘍の3例

京都市立病院 外科

岡村 隆仁, 向原 純雄
原田 信子, 井上 知久
竹内 恵, 西舩 隆太
中山 裕行, 山本 栄司
白波瀬 功, 片岡 正人
野口 雅滋

京都市立病院 病理

鷹巢 晃昌

乳腺に発生する葉状腫瘍は、比較的稀な疾患であり、その大部分は良性で、本邦では、その3~10%に悪性例がみられる。今回、われわれは、豊胸術後に発生した良性葉状腫瘍と2例の悪性葉状腫瘍を経験したので報告する。

【症例1】53歳、女性。約30年前にシリコン注入豊胸術を受け、2年前、右乳房に腫瘤を自覚し来院。腫瘤摘出術を施行し、良性葉状腫瘍とシリコン肉芽腫と診断したが、再発す。そのため両側のシリコン肉芽腫を含めて、右側は乳頭温存単純乳房切断術を、左側は腫瘤摘出術を施行した。

【症例2】59歳、女性。44歳時に左乳房に腫瘤を自覚し来院。直径5cmの腫瘤を認めたため手術を勧めたが、本人が拒否し放置す。7年後に腫瘤が増大し再び来院。腫瘤は直径9cmで固く皮膚と固定しており、組織診にて悪性を確認した後、非定型的乳房切断術を施行す。病理検査にて、上皮成分のほとんどない多彩な異型性間質細胞から成り、豊富な核分裂を伴う悪性度の高い葉状腫瘍と診断。4ヶ月後に局所再発をきたし、CAF療法および放射線療法を施行したが無効のため、大胸筋を含めて再切除した。しかし、再び周囲の皮膚や骨、さらに肺へと、急速に浸潤、転移が進行し、術後1年1ヶ月で死亡す。

【症例3】74歳、女性。左乳房の腫瘤を自覚し来院。諸検査にて肉腫を疑い、非定型的乳房切断術を施行す。病理検査にて、悪性葉状腫瘍と診断したが、症例2と比較し、細胞異型および核分裂の程度とも軽度で術後まだ2ヶ月であるが健在である。

葉状腫瘍は線維腺腫と同じく乳腺に特有の線維上皮性腫瘍で、間質線維成分の著しい増生を伴うのが特徴である。悪性化は、通常、間質成分から起こり、その悪性度は、間質の密度、細胞異型、核分裂の程度などと相関すると考えられている。

7) Von Recklinghausen 病に合併した乳癌の3例

滋賀医科大学 第1外科

龍田 健, 阿部 元
迫 裕孝, 沖野 功次
寺田 信國, 小玉 正智

小澤病院 外科

福谷 明直, 角田富士男

von Recklinghausen 病 (以下 R 病と略す) は、神経線維肉腫などの非上皮性悪性腫瘍との合併が多く発表されているが、上皮性悪性腫瘍との合併は比較的稀である。今回われわれは R 病に合併した乳癌の3例を経験したので、本邦報告例の集計とともに報告した。

【症例1】58歳、女性。2歳より R 病と診断されていた。右乳頭部潰瘍を主訴に来院した。右乳房 EABCD 領域におよぶ 10.5 cm の潰瘍を伴った腫瘍を認め、生検にて充実腺管癌と診断された。肝、骨転移を認め、T4bN2M1 StageIV にて免疫化学療法を施行したが、6ヶ月後死亡した。

【症例2】44歳、女性。14歳時より全身に cafe au lait spots と神経線維腫を認め、左乳房腫瘤を主訴に来院した。左乳房 C 領域に 3.2 cm と 1.0 cm の腫瘍を認め、穿刺吸引診にて classV が得られ、非定型的乳房切除術が施行された。病理組織は乳頭腺管癌で、t2n2M0 stageIII, ER(-), PgR(-)であった。術後10ヶ月の現在、再発を認めない。

【症例3】85歳、女性。思春期より全身に cafe au lait spots を認めた。高血圧、歩行障害にて入院中、左乳房腫瘤を触知した。左乳房 CEAD 領域にまたがる 4.5 cm の腫瘍を触知した。高齢で、ほとんど寝たきりであったので局麻下に単純乳房切断術を施行した。病理組織は充実腺管癌で、ER(-), PgR(-)であった。術後3ヶ月の現在、再発を認めない。

R 病と合併した乳癌の本邦報告例は23例で、ほとんどの例が StageII 以上であった。これは R 病の皮膚病変によって発見が遅れたためと考えられた。R 病自身は良性疾患で、他疾患との合併が予後を左右する大きな因子となるため、癌腫・肉腫を早期発見するための注意深い観察が必要である。

8) 豊胸術後に発生した乳癌の3例

国立奈良病院 外科

塩見 尚礼, 上田 泰章
近藤 雄二, 小田 広隆
片野 智子, 宮沢 一博
稲葉征四郎

今回当院で豊胸術後に発生した希な乳癌の3例を経験した。

【症例1】43歳, 女性。豊胸術後11年目に外傷にて左のシリコンバッグ破裂。以来両側シリコンバッグ摘出, 生検を繰り返され, 外傷より3年目, 乳癌と診断された。左 Brp+Ax, 広背筋皮弁移植を行い, stage I であった。術後8ヶ月目の現在, 5-DFUR, TAM を投与中で, 再発の兆候を認めない。

【症例2】56歳, 女性。豊胸術後24年目に右腋窩リンパ節腫脹を認め, 自潰してきたため当院受診。入院後, 全身骨シンチにて多発性骨転移を認めた。また, 頸部リンパ節生検にて硬癌のリンパ節転移と診断され, 術前に化学療法を行った後両側 Brt+Ax を施行した。術後も加療を行ったが術後4ヶ月目に肺塞栓症にて死亡した。

【症例3】66歳, 女性。豊胸術後26年目に右乳腺全摘出術を受けたがさらに2年後, 左乳房緊張感, 疼痛を主訴に来院。腫瘍摘出術を施行したところ髄様癌の診断を得たため3週間後に Glt+Ax を追加した。stage であった。術後7ヶ月目の現在, 外来にて 5-DFUR, TAM を投与中で, 再発の兆候を認めない。

豊胸術後の乳癌は本邦では1970年以来, 50例の文献報告をみるにすぎず, 希な疾患である。自験例3例を含め, 文献的検討を加えて報告する。

9) 進行・再発乳癌に対する Mitoxantrone
を中心とした多剤併用化学ホルモン療法
の検討

京滋乳癌研究会第6次共同研究班

京都大学医学部 第2外科

稲本 俊

滋賀医科大学 第1外科

寺田 信國

京都警察病院 外科

大垣 和久

洛和会音羽病院 外科

渡邊喜一郎

評価可能病変のある進行再発乳癌に対して, mitoxantrone (MIT) 5~9 の2または4週間隔での静脈内投与とてフッ化ビリミジン系抗癌剤および tamoxifen (TAM) または medroxyprogesterone (MPA) を連日経口投与する多剤併用化学ホルモン療法を多施設の共同研究として行い, その臨床的效果を検討した。登録症例数は13例で, すべて前治療が行われていた。完全例は10例, 不完全例は1例, 不適格例は2例であった。臨床効果は, 完全例10例のうち PR が3例, NC が4例, PD が3例で, 奏効率 30.3% であった。おもな副作用は骨髄抑制であり, 9例 82% にみられた。しかし, 1例を除き比較的軽度であり, 一時休業後に継続投与が可能であった。これらの結果は MIT を中心とした多剤併用化学ホルモン療法が進行再発乳癌に対して有効で, 投与方法を工夫することにより, MIT の副作用も継続可能な程度に抑えることが可能であることを示しており, 本法が進行再発乳癌に対して外来でも行える治療方法の一つになり得ることを示唆している。

10) 温存乳房照射におけるマルチリーフコリメータの使用経験

京都大学医学部放射線医学教室

光森 通英, 平岡 真寛

岡嶋 馨, 永田 靖

国立京都市病院

阿部 光幸

乳腺クリニック児玉 外科

児玉 宏

従来我々の施設では、温存乳房に対する術後放射線照射について、治療計画には CT シミュレータを用い、照射には主にエネルギーの観点からテレコバルト装置を用いてきた。テレコバルト装置では不整形の照射野の設定は困難なため、矩形照射野を用いているが、照射野に含まれる肺の体積が大きくなるという問題点がある。一方当院の LINAC 照射装置は最低エネルギーが 6 MV であり、ビルドアップのために小さな乳房では皮膚直下の乳腺組織に十分な線量が付与されない可能性があるものの、マルチリーフコリメータ (MLC) を用いて不整形照射野の治療を行うことができるという利点を有する。

今回我々は乳房サイズの大きい患者の治療に際して 6MVX 線と MLC を用いて良好な線量分布を得たので、これについて報告し、6MVX 線と MLC の適応について討論を行いたい。

11) 乳癌に対する活性炭吸着アクリルビシン局注によるリンパ節郭清とリンパ節転移に対する治療について

京都府立医科大学 第1外科

榊原 次夫, 山崎 純也

今西 努, 大垣 雅晴

大山 貴之, 尾崎 公彦

辻本 洋行, 下間 正隆

萩原 明於, 山口 俊晴

沢井 清司, 高橋 俊雄

宇治病院 外科

竹本 洋一, 蔭山 典男

伊藤 通敏

粒子活性炭にアクリルビシン (ACR) を吸着させた剤形 (ACR-CH) を開発し、動物実験において優れたリンパ節転移の治療効果を示すことを明らかにしてきた。本報告では、この ACR-CH を乳癌手術症例に応用し、リンパ節郭清とリンパ節転移の化学療法に応用した結果につき発表する。

【方法】根治手術可能な症例を無作為に ACR-CH 投与群と ACR 水溶液投与群に分け、ACR として 10 mg の上記の剤形のいずれかを、手術開始直前に腫瘍内に局注した。投与前、投与後10分、投与後30分、投与後90分に採血を行った。また郭清されたリンパ節を乳癌取り扱い規約に従って分類し、その肉眼的黒染率と組織学的リンパ節転移率を検討した。同時にリンパ節内と末梢血中の ACR 濃度を測定して、両剤形間で比較した。

【結果】AB 領域の内側乳癌では各リンパ節の黒染率は 1a 39/70, 1b 44/28, 1c 26/20, 2 25/29, 2h 11/12, 3 6/8 で、CD 領域の外側乳癌では、1a 50/95, 1b 68/110, 1c 27/44, 2 5/11, 2h 13/24 であった。肉眼的にリンパ節が黒染している領域を組織学的リンパ節転移があると仮定し、その sensitivity, specificity, accuracy を検討するとそれぞれ 94.4%, 25.0%, 61.8% であった。末梢血中の ACR 濃度は ACR 水溶液群が高い濃度を示し、逆にリンパ節内 ACR 濃度は ACR-CH 群が高い傾向を示した。

【結語】リンパ節の黒染率からみたリンパの流れは諸家の報告している如く、内側乳癌と外側乳癌を比較すると、内側乳癌では 1c 2 2h にリンパが流れやすく外側乳癌では 1a 1b に流れやすいという特徴が確認された。sensitivity, specificity, accuracy の検討より黒染しているリンパ節をすべて郭清すれば根治的な郭清ができると考えられた。ACR-CH 投与群と ACR 水溶液群を比較するとリンパ節内 ACR 濃度は ACR-CH 群のほうが高く、末梢血中の ACR 濃度は ACR 水溶液群の方が高いことより、微小リンパ節転移に対する化学療法として ACR-CH は ACR 水溶液より有効かつ安全に投与できると考えられた。

【目的】我々はリンパ指向性と局所滞留性に優れた微

第30回 京滋乳癌研究会

日 時：平成7年7月29日（土）

場 所：都ホテル

世話 人：乳腺クリニック児玉外科 児玉 宏

1)経過観察中に発見した異時性両側乳癌 の3例

京都市立病院 外科

竹内 恵, 向原 純雄
豊川 秀吉, 田浦康二郎
原田 信子, 山本 英司
白波瀬 功, 片岡 正人
岡村 隆仁

現在我々は無再発の乳癌術後症例に対し外来通院にて半年に1回胸部X線撮影, および年に1回対側(乳房温存症例は両側)マンモグラフィー, 頸部～上胸部CT, 上腹部CT, 骨シンチを施行し経過観察を行っている。最近5年間でマンモグラフィーにて異時性に比較的早期に発見した両側乳癌を3例経験したので文献的考察を加えて報告する。

【症例1】46歳, 女性。4年前に左乳癌(stageI)の手術を施行。定期検診にて右乳房に径1cmの腫瘍を触知し, マンモグラフィーで癌を疑い, 細胞診にて確定診断後1992年2月, 右胸筋温存乳房切断術を行った。

【症例2】71歳, 女性。8年前に右乳癌(stageII)の手術を施行。左乳房に径1cmの腫瘍とdimplingを認めた。マンモグラフィーにて癌を疑い細胞診の後1994年7月左胸筋温存乳房切断術を行った。

【症例3】77歳, 女性。5年前に右乳癌を他院で手術され, その後本院にて経過観察を行っていた。定期検診のマンモグラフィーで左乳房に癌を疑ったが触診上腫瘍は不明瞭であった。1992年5月術中迅速にて悪性と確定診断後, 左胸筋温存乳房切断術を行った。

術後の全身管理としては転移, 再発に対する早期発見, 治療だけでなく対側乳房の新たな癌の発生が問題となる。今回, 対側乳癌の診断にマンモグラフィーによる経過観察が有用であることが示唆された。

2)乳癌診療の院内グループ化

天理よろづ相談所病院 乳癌研究グループ
腹部一般外科

西村 理, 松末 智
武田 博士
医学研究所 病理部門
小橋陽一郎, 弓場 吉哲
羽賀 博典
医学研究所 放射線科
村上 昌雄, 余田 栄作
黒田 康正
臨床病理部 超音波室
岡山 幸成
臨床病理部 細胞診室
鴻池 資啓
医学研究所 第5研究室
林田 雅彦

当院では多様化する乳癌の診療に適切に対応する目的で, 院内乳癌研究グループを1994年5月に発足させた。この度は, 本グループによる活動のうち外来における診断を中心に紹介する。

〈グループの活動〉

- 1)一括検査：理学的検査で乳房腫瘍を触知した場合, 乳房撮影, 乳房超音波検査, 吸引細胞診を一括して木曜・午後に行う。
- 2)総合診断会：上記の翌日, 各部門の協力のもとに診断会を開き, 治療方針を協議する。
- 3)外来生検：乳房温存療法の候補者は, 外来で局所麻酔下で乳房部分切除を行う。病理組織学的な断端検索の結果は上記診断会に報告し, 最終的に術式を確認する。
- 4)抗癌剤感受性試験：癌腫に余裕のある限りERと共に抗癌剤感受性試験(MTT法)を施行する。

5) 関連疾患：乳癌の関連病態につき逐次の検討を受け付け、診断・治療を円滑に進める。

〈1994年5月以降の検討例〉

1) 一括検査例：182例

2) 乳房温存療法 22例 (初回手術：75例)

3) 関連疾患：10例

〈グループ化の利点〉

1) 診断を速やかに得る。

2) 治療を過不足なく行う。

3) 診断・治療に関する知識と経験を共有し、再生産する。

3) 乳腺腫瘍の放射線科外来診療について

京都府立医科大学 放射線科

羽柴 光起, 前田 知穂

起用と府立医科大学 放射線看護部

山崎 里美, 天野 暢子

一般に放射線治療外来には他の診療科から紹介されてくる患者のみで、直接放射線科に相談に来られる方は極めて希である。乳腺腫瘍の場合もこの例外でなく、全ての患者がすでに外科の診療を受け、術後照射または再発病巣の放射線治療の目的で放射線科の診察を受けに来る。つまり腫瘍に対する説明はある程度済んでいる場合が多く、最近増えてきた乳房温存術の場合などでは癌の告知も受けている場合が多い、放射線治療の内容に関してもある程度説明を受けている事例が多い。ところが放射線治療に先立って説明を始めると、これから受けるべき治療の内容に関する理解の程度に大きな差があることに気が付く。

いままでに外来診療の経験から、放射線治療患者への診療の説明あるいは放射線照射に伴うストレスの解消方法、具体的な事項として急性の副作用または晩発性の副作用の対処または予防の方法などについて述べる。放射線治療後は経過観察として、通常の診療の中で画像診断や放射線照射特有の副作用を主として観ているが、日頃心がけている注意点や診療中で気が付いた患者側の仔細でしかも重要な意見なども紹介する。

4) 外来初回乳癌診療の現況と反省

国立京都病院 外科

工藤 昂

【対象と方法】94年のパジェットと悪性葉状腫瘍を除く乳癌患者の外来初診時における視・触診、乳房撮影及び細胞診・生検などを調べた。乳房撮影装置は東芝MGU、乳腺USは東芝7.5メガを使用した。

【結果】乳癌患者は36名であった。腫瘍非触知の乳頭血性分泌が3例、腫瘍径2.0cm以下が8例、5.0cmまでが22例であった。乳管造影は3例に、乳房撮影は33例に行われたが、9例は判定不能であった。MMGの得意とする石灰像は7例であった。吸引細胞診は29例に実施され6例にクラス5は得られなかった。USは34例に実施された。腫瘍形成群においては5例を除き他のすべてに悪性所見が見られた。診断の確証をつかむ為、乳管切除を含めて生検は13例に行われた。

5) 乳腺外来；当科における現状と問題点

京都第二赤十字病院 外科

石原 由理, 木村 彰夫

藤井 宏二, 竹中 温

【目的と対象】過去3年間の当外来の初診患者を疾患別に分類し、その現状を検討して主に外来 follow up における問題点につき考察した。

【結果】疾患別内訳は、乳癌120例、慢性乳腺症1,199例 (含、嚢胞)、乳腺線維腺腫69例、異常乳頭分泌24例、アデノーシス17例、乳腺腫瘍疑11例、微小石灰化のみ10例、乳管内乳頭腫6例、その他144例 (肩関節周囲炎、思春期乳腺、乳腺膿瘍、脂肪腫など) であった。なお、正常乳腺例は、慢性乳腺症例として扱った。

乳癌症例のうち、当科で手術を行ったのは108例、10例は他院にて行われた。当科施行例は全例当外来で follow up されていた。

非癌例の外来 follow up 率は18.1% (267/1472) で、その要因は慢性乳腺症15.2% (182/1199) によるものと思われた。しかし、false negative の可能性のある例の follow up 率も微小石灰化30% (3/10)、異常分泌41.7% (10/24)、腫瘍疑18.2% (2/11) と充分ではなく、今後の follow up 率の向上に、努力すべきと思われた。

6) 乳癌の外来診療—再発乳癌の診断と治療の問題点

京都大学医療技術短期大学部看護学科
医学部 第2外科

稲本 俊

京都大学医学部 第2外科

田村 信子, 本田 和男

中村 吉昭, 山岡 義生

乳腺外来診療における大きな問題点は再発乳癌の発見と治療である。確かにきめ細かな外来での follow up は再発乳癌の発見に欠かせないことではあるが、再発率は他の部位の癌に比してさほど高くはないにも関わらず、術後10年以上経ても再発が見られることの珍しくない乳癌において、どのような間隔でどれぐらいの期間、どのような方法で外来での follow up を行えばよいかということは、患者のみならず乳癌の外来診療に関わる医療関係者にとってもジレンマである。

我々は1ヶ月に1回の外来診察と3ヶ月に1回の腫瘍マーカーを測定し、1年に1回の胸部X線写真、腹部超音波検査、骨シンチグラフィーを行うことを原則として follow up している。局所再発や鎖骨上窩リンパ節再発については診察の頻度が高いこともあり、ほぼ満足出来る発見率である。縦隔リンパ節や肺、肝など遠隔臓器の再発では胸部X線写真や腹部超音波検査より症状や腫瘍マーカーの上昇が先行することが比較的多く、検査の頻度を多くする必要があると思われるが、患者の負担とのバランスの上で考慮すべき問題である。骨シンチグラフィーは sensitivity は高いが、specificity が低い。CEA や CA15-3 などの腫瘍マーカーも再発発見という観点から sensitivity と specificity の両面で有用性には不満が残る。

再発に対する最も有効な方法は予防である。しかし、その目的で行われている術後補助療法の有効性にはまだまだ問題がある。また、比較的有效性の確立している tamoxifen にしても、個々の症例において、どれくらいの期間投与を続けるか、何をもって終了としてよいかなどを決める指標はない。再発した乳癌に対する治療については様々な試みがなされており、我々も副作用をできるだけ抑えて、効果を持続させる目的で adriamycin あるいは epirubicin の少量間欠投与を試みてきた。また、本研究会の第10次共同研究も同様の趣旨の治療であるが、いずれも症例によっては一時的な効果は得られるものの、再発を完治させることは困難である。さらに、再々発の診断と一時的に得られた臨床的な無病期間をいかに維持するかということも個々の症例において悩む問題である。

再発乳癌は、初発乳癌よりも患者にとっては生命にかかわる重大事であるので、初発乳癌に対する診断と治療が一応確立されてきた今、我々が本格的に取り組まなければならないことである。また、その多くが外来診療において行われることから、外来診療の重要性を認識する必要がある。

「乳腺疾患の外来診療」についてのアンケート結果

アンケート協力施設 (42施設)

- (滋賀県) 大津赤十字病院, 近江八幡市民病院, 国立八日市病院, 済生会滋賀病院, 滋賀医科大学第一外科, 滋賀医科大学第二外科, 滋賀医科大学放射線科, 滋賀県立成人病センター, 市立長浜病院, 長浜赤十字病院
- (京都府) 愛生会山科病院, 宇治病院, NTT 京都病院, 大澤病院, 大島病院, 上京病院, 関西医大男山病院, 京都警察病院, 京都市立病院, 京都専売病院, 京都第一赤十字病院, 京都第二赤十字病院, 京都府立医科大学第一外科, 京都府立医科大学第二外科, 国立京都病院, 国立舞鶴病院, 済生会京都病院, 社会保険京都病院, 市立福知山市民病院, 仁心会宇治川病院, 武田病院, 丹後中央病院, 桃仁会病院, 富田病院, 乳腺クリニック児玉外科, 吉川病院, 洛陽病院, 六地藏総合病院
- (奈良県) 天理よろず相談所病院, 大和郡山総合病院
- (兵庫県) 神鋼病院

アンケート項目

1. 乳腺外来として決まった曜日をセットしていますか？
 - (1) している (2) していない
2. 乳腺外来の担当医は決まっていますか？
 - (1) 決まっている (2) 決まっていない
 - (3) 乳腺外来としてはしていないが、乳腺の担当は決まっている
 - (4) その他
3. 乳腺外来はいつ行っていますか？

曜日 (午前・午後)
4. 外来初診の当日に行っている検査は？
 - (1) 超音波検査 (2) マンモグラフィー
 - (3) サーモグラフィー (4) 穿刺細胞診
 - (5) 生検 (摘出手術) (6) その他
5. 乳癌診断のため、多くの場合、上記の検査はどの順序で行っていますか？

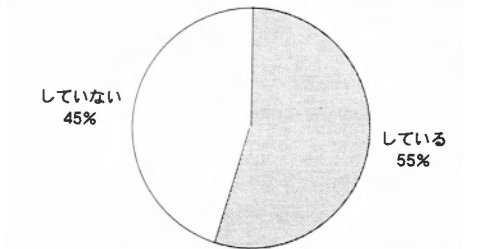
() → () → () → () → () → ()
6. 昨年 (1994年：平成6年) の乳癌症例につき、手術までの検査について
 - (1) 視触診, 超音波検査, マンモグラフィーで乳癌と診断して手術をした
 - (2) さらに穿刺細胞診 (ABC) をして, その結果をみて手術をした
 - (3) 生検 (open biopsy) の結果をみて手術をした
 - (4) 他院で生検 (open biopsy) を受けており, そこからの紹介状, あるいは持参 HE 標本によって手術をした
 - (5) 術中迅速病理診断の結果により手術した
 - (6) その他
7. 患者本人に乳癌であることを告知していますか？
 - (1) 全例告知している
 - (2) ほとんどの例に告知している
 - (3) ケースバイケースで告知している
 - (4) ほとんど告知していない
8. 告知するのは多くの場合
 - (1) 外来で手術予定が決まったとき
 - (2) 術前入院してから
 - (3) 術後 (4) その他

9. 乳癌術後の補助療法 (adjuvant) は？
- (1) 全例に行っている
 - (2) 症例を選んで行っている
 - (3) 原則として行っていない
 - (4) その他
10. 術後補助療法 (adjuvant) は、多くの場合 (進行乳癌以外)
- (1) 化学療法 (注射) のみ
 - (2) 化学療法 (経口) のみ
 - (3) 内分泌療法のみ
 - (4) 化学療法 + 内分泌療法
- (重複回答あり)
11. 術後補助療法 (adjuvant) の期間は、再発徴候のない場合、多くは？
- (1) 6ヶ月以内
 - (2) 1年間
 - (3) 2年間
 - (4) 3年間
 - (5) 5年間
 - (6) それ以上
- (重複回答あり)
12. 術後の経過観察 (外来再診) は再発徴候のない場合、原則として
- | | | |
|---------|-----|---|
| 術後1年間は | 週・月 | 毎 |
| 術後2年までは | 週・月 | 毎 |
| 術後3年までは | 週・月 | 毎 |
| 術後5年までは | 週・月 | 毎 |
| 術後5年以降は | 週・月 | 毎 |
13. 外来再診以外にフォローをしていますか？
- (1) 外来再診のみ
 - (2) 定期的に手紙 (ハガキ) で消息、再発の有無を問い合わせている
 - (3) 定期的に電話で消息、再発の有無を問い合わせている
 - (4) その他の方法で行っている ()
14. 術後5年の時点での消息不明 follow loss (再発の有無および生死の確認が出てない) は全症例のおおよそ？
- (1) 5%
 - (2) 10%
 - (3) 20%
 - (4) それ以上
15. 術後経過観察中に外来で行う検査は原則として、(進行乳癌を除き、術後3~5年までに施行するもの)
- (1) 胸部 X 線：年に 回
 - (2) 胸部 CT：年に 回
 - (3) 腹部超音波：年に 回
 - (4) 腹部 CT：年に 回
 - (5) 全身骨シンチ：年に 回
16. 術後経過観察中に用いている腫瘍マーカーは？
- (1) CEA
 - (2) CA15-3
 - (3) ST439
 - (4) BCA225
 - (5) TPA
 - (6) c-erbB-2
 - (7) その他
17. 術後経過観察中に再発と診断されたとき、多くの場合？
- ・骨再発では
 - (1) 外来通院で治療開始
 - (2) 入院させて治療開始
 - (3) 他医院 (科) に紹介
 - ・肺再発では
 - (1) 外来通院で治療開始
 - (2) 入院させて治療開始
 - (3) 他医院 (科) に紹介
 - ・肝再発では
 - (1) 外来通院で治療開始
 - (2) 入院させて治療開始
 - (3) 他医院 (科) に紹介
 - ・脳再発では
 - (1) 外来通院で治療開始
 - (2) 入院させて治療開始
 - (3) 他医院 (科) に紹介
18. 術後再発時、乳癌の再発であることを告知していますか？
- (1) 原則として (多くの場合) 告知している
 - (2) 再発の場所・程度によって告知している
 - (3) 原則として告知していない
 - (4) 絶対再発とは言わない
 - (5) その他 ()

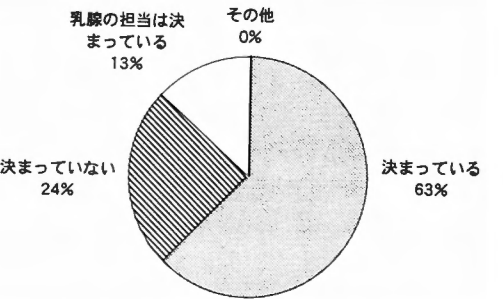
19. 再発症例のうち、他院（科）に紹介せず、最後まで（死亡診断書を書くまで）診るのは再発症例の比率は？
- (1) ほぼ全例 (2) おおよそ3/4
(3) おおよそ半数 (4) 半数以下

アンケート集計結果

1. 乳腺外来として決まった曜日をセットしていますか？



2. 乳腺外来の担当医は決まっていますか？



3. 乳腺外来、はいつ行っていますか？

1週間に1日	23施設
1週間に2日	2施設
1週間に3日以上	5施設

4. 外来初診の当日に行っている検査は？

超音波検査	37施設
マンモグラフィ	33施設
サーモグラフィ	0施設
穿刺細胞診	27施設
生検（摘出手術）	2施設
その他	0施設

5. 乳癌診断のため、多くの場合、上記の検査はどの順序で行っていますか？

超音波検査→マンモグラフィ	22施設
超音波検査→穿刺細胞診	5施設
マンモグラフィ→超音波検査	9施設
マンモグラフィ→穿刺細胞診	1施設

6. 昨年（1994年：平成6年）の乳癌症例につき、手術までの検査について

視触診、超音波検査、マンモグラフィのみ	177例
穿刺細胞診（ABC）	428例
生検（open biopsy）	182例
他院で生検（open biopsy）	43例
術中迅速病理診断	55例
その他	14例
合計	899例

7. 患者本人に乳癌であることを告知していますか？

全例告知している	28施設
ほとんどの例に告知している	10施設
ケースバイケースで告知している	4施設
ほとんど告知していない	0施設

8. 告知するのは多くの場合

外来で手術予定が決まったとき	37施設
術前入院してから	0施設
術後	1施設
その他	1施設

9. 乳癌術後の補助療法（adjuvant）は？

全例に行っている	16施設
症例を選んで行っている	25施設
原則として行っていない	0施設
その他	0施設

10. 術後補助療法（adjuvant）は？（進行乳癌以外）

化学療法（注射）のみ	0施設
化学療法（経口）のみ	6施設
内分泌療法のみ	0施設
化学療法＋内分泌療法	38施設

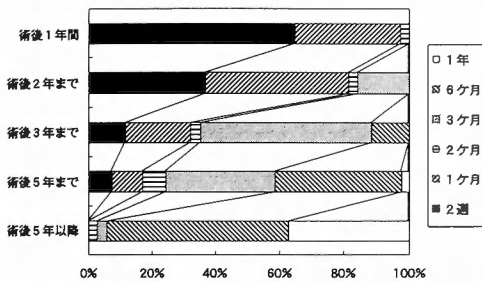
（重複回答あり）

11. 術後補助療法（adjuvant）の期間（再発徴候のない場合）

6ヶ月以内	0施設
1年間	3施設
2年間	23施設
3年間	12施設
5年間	8施設
それ以上	1施設

(重複回答あり)

12. 術後の経過観察（外来再診）の間隔（再発徴候のない場合）



13. 外来再診以外にフォローは？

外来再診のみ	34施設
定期的に手紙（ハガキ）で問い合わせ	4施設
定期的に電話で問い合わせ	4施設
その他の方法	3施設

14. 術後5年の時点での消息不明の比率

5%	23施設
10%	12施設
20%	2施設
それ以上	0施設

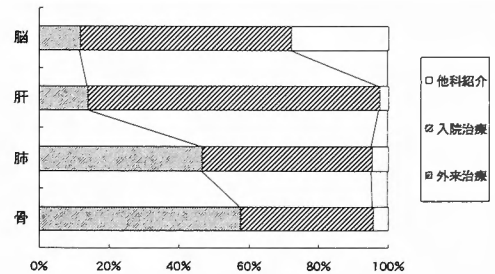
15. 進行乳癌を除き、術後3～5年までに施行する外来で行う検査の間隔

	年1回未満	年1回	年2回	年3回	年4回
胸部X線	0施設	14施設	23施設	2施設	1施設
胸部CT	27	10	2	0	0
腹部超音波	5	23	8	3	0
腹部CT	27	10	2	0	0
全身骨シンチ	7	25	5	0	0

16. 術後経過観察中に用いている腫瘍マーカーは？

CEA	42施設
CA15-3	38施設
ST439	11施設
BCA225	4施設
TPA	3施設
c-erbB-2	0施設
その他	4施設

17. 術後経過観察中に再発と診断されたときの治療



18. 術後再発時、告知していますか？

原則として（多くの場合）告知している

..... 16施設

再発の場所・程度によって告知している

..... 16施設

原則として告知していない..... 7施設

絶対再発とは言わない..... 3施設

その他..... 0施設

19. 再発症例のうち、他院（科）に紹介せず、最後まで（死亡診断書を書くまで）診る症例の比率

ほぼ全例..... 31施設

おおよそ3/4..... 5施設

おおよそ半数..... 4施設

半数以下..... 2施設